REPORT OF THE WORKING GROUP
ON SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS
FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

EMERGENCY UNITS IN HOSPITALS

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1981

Également disponible en francais sous le titre
"Unités d'urgence dans les hôpitaux"

IMPORTANT

The information contained in these Guidelines was current at the time of publication. When using the Guidelines it should be remembered that certain aspects of the delivery of health care and health technology are changing rapidly. Should you identify any out-of-date material in the text, please inform:

Mr. D.F. Moffatt,
Chairman, Working Group on Special Services in Hospitals,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion Branch,
Department of National Health and Welfare,
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these Guidelines in both official languages can be obtained from the above person.

TABLE OF CONTENTS

PAGE

GENERAL INTRODUCTION

LIST OF PARTICIPANTS

PREAMBLE 1

GUIDELINES

1. Patient Load 2
2. Bed Requirements 2
3. Distribution of Units 3
4. Administrative Policy, Procedures and Control 3
5. Staff Establishment and Coverage 4
6. Staff Training and Qualifications 6
7. Specific Supporting Departments and Services 7
8. Space Allocation, Utilization and Special Design Features 7
9. Equipment 10
10. Relationship with Other Departments and Services 11

TABLES

I. Hospital Resources for Categorization 12
II. Staff Establishment and Training 16
III. Physical Components of Emergency Units 18

APPENDICES

APPENDIX I Emergency Medical Services System 20
APPENDIX II Relationship of the Emergency Unit to External Agencies and Hospital Resources 21
APPENDIX III Subjects for which Policies, Protocols or Procedures should be Established in Writing for Hospital Emergency Units 22

PAGE

APPENDIX IV Guidelines for Policies and Procedures for Special Services in Hospitals 29

APPENDIX V Guidelines for Special Services in Hospitals 31

GENERAL INTRODUCTION

Background

Advances in health technology and changes in the planning and delivery of health care have contributed to an increasing demand for specialized services in hospitals. A dramatic rise in the number of intensive and specialized care facilities and services in hospitals has occurred in recent decades due to rapid technological development in electronics and automation, and as a result of new approaches to patient care. These changes have produced demands for physical facilities, specialized equipment and highly-trained health manpower. Because of this, there is a continuing need for guidelines for standards to assist those involved in planning, organizing and operating special care services in hospitals.

Mandate

In 1972 health authorities in Canada recognized the need for guidance in this area, and the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Insurance commissioned the Working Group on Special Services in Hospitals to create guidelines for standards to provide a reliable definition of requirements for a number of special care facilities and services.

Guidelines were developed by the Working Group for 14 units and services, and, in 1975, these were published under the title, "Guidelines for Special Care Units in Hospitals". This volume was widely distributed to provincial health and hospital authorities, and to national and international health organizations, and has been adopted by many as a guide.

The continuing development of existing and new health technologies, together with changes occurring in the pattern of health care delivery, gave impetus to the updating of the 1975 Guidelines, and to the development of guidelines in additional areas. A complete list of Guidelines published or being prepared by the Working Group is found in Appendix V.

Methodology

The Guidelines published by the Working Group in 1975 were developed on the principle of a consensus of information, knowledge, experience and expert opinion obtained from appropriate organizations and individuals throughout Canada. They were based, where possible, on guidelines developed in Canada, and from authoritative sources in other countries. This approach has been generally acceptable to government and hospital authorities and the health professions.

The present Guidelines were prepared on a similar basis. On this occasion, in addition to input from provincial authorities, the expert opinion of health professionals was obtained through formally designated representatives of national health organizations representing the activities involved in each specific service. It is certain that many hundreds of health professionals from every area of the country have provided expert input in these Guidelines by this method, and have thus provided a truly Canadian consensus on these topics.

Suggested purpose of the Guidelines

The Guidelines should not be regarded as rigid standards. Their application may vary throughout Canada, and it is the prerogative of each province to accept, modify or reject the Guidelines according to provincial priorities.

The purpose of the Guidelines is to provide a definition of requirements for a number of special care facilities and services. They are not intended to provide standards for clinical practice.

Where development of a unit is under consideration, the Guidelines will assist planners and government health authorities in determining the need for such a unit, and in assessing the total potential impact of a new unit on existing and projected services, both at the local and regional levels. Deficiencies in existing services can be identified, and in some cases these can be corrected without the need to develop a new unit.

Where a unit already exists in a hospital, the Guidelines will help to identify problem areas related to administration, personnel, equipment, and physical facilities. They will help to determine necessary remedial action and to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, fiscal realities, and the degree to which a deficiency in the physical facilities impedes adequate functioning of the unit.

Future revisions

Because of the rapidly changing nature of health care, the Guidelines will require regular revision. It is planned to maintain the Working Group to carry out this function.

Acknowledgments

The Working Group acknowledges with sincere appreciation the immense amount of work undertaken and time given by practising health professionals in Canada in providing detailed written information and guidance in the preparation of these Guidelines. In addition, we wish to thank the many others who, in any way, contributed advice and information to this endeavour.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Working Group on Special Services in Hospitals, which was responsible for the preparation of the new and updated guidelines contained in these volumes is as follows:

Mr. Donald F. Moffatt (Chairman)
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. Derek J. Beckley
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and
Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mme M.L. Côté
Chief, Institutional Health Services Section
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de Neurochirurgie de la
Faculté de médecine de Sherbrooke
Centre Hospitalier de l'Université
de Sherbrooke
SHERBROOKE (Québec)

Dr. G.A. Judge
Medical Director
The Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. P. MacDonald
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Hans H. Rubarth
Regional Director
Health Care Institutions Division
Nova Scotia Department of Health
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. R. Seaver
Senior Medical Consultant
Personal Health Division
Program Advisory Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

SECRETARIAT

Mrs. Janet Stow
Projects Officer
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

PARTICIPATING OBSERVERS

Miss M. Carroll (appointed April 1981)
Nursing Consultant
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

SUB-GROUP ON EMERGENCY UNITS IN HOSPITALS

The guidelines for Emergency Units in Hospitals were prepared for the Working Group on Special Services in Hospitals by a Sub-Group which included experts in the field of Emergency Services. The membership of this Sub-Group was as follows:

David L. Martin (Chairman)
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Miss Joan Blackmore
Head Nurse, Emergency Department
The General Hospital Health Services Centre
ST. JOHN'S, Newfoundland

Dr. G.K. Bristow
Director, Emergency Medicine
Health Sciences Centre
WINNIPEG, Manitoba

Mrs. A.N. O'Leary Brochu (until April 1981)
Nursing Advisor
New Technology and Guidelines Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Miss Marjorie Carroll (from April 1981)
Nursing Consultant
New Technology and Guidelines Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. E. Bruce Challis
Chairman, Committee on Emergency Services
College of Family Practice of Canada
Toronto General Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. F.L. Davies
Director, Emergency Health Services
Medical Services Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Peter Lane
Secretary, Canadian Association of Emergency Physicians
Department of Emergency Medicine
Sunnybrook Medical Centre
University of Toronto
TORONTO, Ontario

Dr. Peter Ransford
Chairman, Emergency Health Services Commission
Senior Medical Advisor
Ministry of Health
VICTORIA, British Columbia

Mrs. Sheila Ross
Assistant Director of Nursing
Victoria General Hospital
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. Arthur Scott
Anaesthetist -in-Chief
Toronto General Hospital
TORONTO, Ontario

Dr. William J. Sibbald
Victoria Hospital
LONDON, Ontario.

EMERGENCY UNITS IN HOSPITALS

DEFINITION

An emergency unit is a facility specifically designed, staffed and equipped for the provision of care to those persons requiring urgent assessment, diagnosis and management of illness or injury.

PREAMBLE

Each hospital has a different capacity for the delivery of emergency services to the community. In assessing these services, the capability of the hospital, its geographical location, the capabilities and services within the community as well as other medical services must be taken into consideration. Services must be available on a 24-hour basis within the community in conjunction with other components of the pre-hospital emergency care system. No emergency unit can stand alone. It must have the ability to arrange for continuing acute care following basic emergency treatment. (See Appendix I page 20).

The Pre-hospital Emergency Care System will be addressed in separate guidelines; however, the components of the Pre-hospital Emergency Care System and their interface with the hospital should be recognized. These components include such things as public awareness and knowledge of first aid and basic life support, organized emergency care and transportation systems, such as ambulance services, advanced life support, communications systems (public and EMS systems), as well as disaster planning. Pre-hospital and in-hospital interfaces are presented in Apendix II.

The two main components to be considered in development of the guidelines for hospital emergency units are the provision of patient care and the effective utilization of resources by and within the community as a whole. For example, in those areas where there is a facility with minimal capability near another facility with more extensive support services, it may be preferable to have emergency care provided by the more capable facility if the travel time is short, and if those accompanying the patient can provide life support for that period.

Provincial authorities should assess acute-care hospitals to determine their level of capability and to ensure that an optimum level of care is being provided. The review of available emergency care should include assessment of the capability of each emergency unit and its supporting departments and services.

Any hospital that does not provide 24-hour emergency services should provide public notification and signs indicating where such care may be obtained. Hospital road signs should be designed to indicate where emergency care can be obtained during the 24-hour period.

It may be necessary to develop an alternative approach to deal with the use of the emergency unit by non-urgent patients who use it as a means of entry into the health care system. Such use may interfere with the unit's capability to deal with true emergency patients. Consideration must also be given to a formalized arrangement which will ensure continuing care and adequate follow-up of patients being presented to the emergency unit.

GUIDELINES

1. PATIENT LOAD

1.1 Definition and Categorization

After discussion with the provincial ministry of health, emergency units should be categorized by the appropriate health authority primarily on the basis of available resources and also on the expected types and volumes of patient visits.

Hospital emergency services are delineated by the following four categories:

- Comprehensive Emergency Service

  Located usually in a health sciences centre or teaching hospital in a metropolitan area. Would generally have more than 500 beds.

- Major Emergency Service

  Differs from Comprehensive as to availability of staff specialists.

- General Emergency Service

  Would most frequently be a hospital with 100-250 beds with prior agreed protocols for transfer to other hospitals of patients requiring specialty care.

- Basic Emergency Services

  Would provide airway resuscitation, stabilization of a patient in shock, immediate management of major body system injury. Protocols for transfers with prior agreement would exist.

  No hospital is to be omitted in this categorization scheme. These levels of care are based on the capability of the unit to provide the resources outlined in Tables I, II, and III (pages 12 to 18).

1.2 Active emergency units should establish separate ambulatory care units to take care of non-acute patients or elective procedures.

1.3 To facilitate the redirection of such patients, a triage officer, who must be a registered nurse or physician, should be appointed to immediately assess arriving patients, determine the urgency of their problems and designate the services required.

2. BED REQUIREMENTS

- Beds should be available within the unit for non-admitted patients who require short-term observation (less than 24 hours).

- Beds should be available within the community for the admission of

acute cases. This will require co-operation between the hospitals in the community.

3. DISTRIBUTION OF UNITS

Having assessed and categorized the emergency services in all hospitals, the appropriate health authority should implement a selection and referral pattern which utilizes resources in the best interests of the community. Consideration should be given to:

- Management of those patients with serious illness or injury of an immediate life-threatening nature, e.g., trauma, myocardial infarction, major bleeding;
- The pre-hospital service available and the supportive care that can be provided in transit;
- The distances between facilities and whether the nearest hospital or a more sophisticated hospital service is in the best interests of the patient;
- Community requirement for services other than those due to major life-threatening illness or injury;
- Availability of support services within hospitals and the usual referral patterns;
- Availability of adequate financial resources consistent with the assigned categorization.

4. ADMINISTRATIVE POLICY, PROCEDURES AND CONTROL

Policies should be clearly defined in writing, regularly updated and readily accessible to all staff as required.

The hospital should establish appropriate channels for the discussion of policies, procedures, problems, goals and objectives in the emergency unit, with recommendations recorded in writing, directed to the appropriate hospital committees.

An Emergency Unit Committee representing medical, nursing, related patient services and administration should be formed. This committee should meet regularly to discuss problems, seek solutions, review the service provided and make recommendations for patient care.

4.1 Responsibilities of Staff

Medical Direction

The Governing Board of the Hospital should designate a physician as responsible for the medical care of patients who visit the emergency unit (hereinafter referred to as "medical director of the emergency unit"), with this physician granted sufficient scope and authority to oversee the unit in

collaboration with the unit supervisor. (In smaller institutions, this may be combined with other responsibilities). Larger units may find it necessary to consider compensation commensurate with the administrative duties involved.

In comprehensive, major and some general emergency units, the unit medical staff should be afforded departmental status.

Nursing Direction

Nursing administration should designate a unit supervisor who will be responsible for the nursing care of patients who visit the emergency unit, with this nurse granted sufficient scope and authority to oversee the unit in collaboration with the medical director of the emergency unit.

Other Staff

The duties and responsibilities of all other staff, including the triage personnel, should be clearly defined in writing.

4.2 Policies and Standing Orders

The appropriate committees of hospitals must review the policy manuals available in the emergency unit, and ensure that these provide information needed by emergency unit staff to deal with specific problems. They should include: policies on patient care and limitations, patient transfers, medical care and responsibilities, nursing care and responsibilities. the organization of the unit, legal issues, records, reports, patient care audits and other subjects. A more complete description of these appears in Appendix III.

5. STAFF ESTABLISHMENT AND COVERAGE

5.1 Medical Director of Emergency Unit

- All emergency units should be under the direction of a physician with training in emergency medicine as outlined in Table II (page 16).

- The medical director's time commitment should be related to unit categorization. See Table II (page 16).

- The administrative component of the position should be funded through the hospital operating budget.

5.2 Medical Staff

- The assignment of full and part time staff should be related to unit categorization.

- Appointments to the emergency unit medical staff should be made annually.

- Hospitals with accredited training programs may have house staff as

primary contact physicians only if there is medical staff supervision within the unit.

- All physicians who work in emergency units must be trained in Basic Cardiac Life Support.

- All physicians working in this unit on a regular basis should be trained in Advanced Cardiac Life Support. See Table II (page 16).

5.3 Nursing Staff

- Factors affecting nurse staffing include the following: number of patient visits, proportions of emergent, urgent and non-urgent cases, medical staff coverage, physical layout of the unit and periods of peak demand for services.

- Scheduling patterns should provide for the continuous presence of a registered nurse with the seriously ill or injured patient, from admission to final disposition. Where there is a physically segregated observation area, there must be sufficient registered nursing staff to adequately meet the needs of patients held therein.

- New or replacement registered nurse staff should receive a thorough orientation to the emergency unit before being assigned responsibility for patient assessment and care.

- Requirements for nursing auxiliary personnel and receptionist/clerks will vary with the size and categorization of the unit and the type of patients treated. The duties and responsibilities should be clearly delineated when these staff members are utilized.

5.4 Other Staff

- Social service: The availability of social workers is an integral part of the busy emergency unit. They have crisis intervention capabilities and information on available community services.

- Pastoral Care: The role played by religious advisers is becoming an increasingly important aspect in patient care and the care of the patient's friends and relatives.

- Interpretation Services: The emergency care of a patient who is unable to communicate with the physicians and nurses is made immeasurably easier by the availability of an interpreter.

- Public Relations: Although many hospitals do not have a specific Public Relations Officer, the person designated to perform this function for the hospital can be a very important aid to the professionals who deliver care in emergency units.

- Volunteer Services: Volunteers have proven to be an invaluable aid to the medical and nursing staff by carrying out duties of a non-medical nature as set down by the hospital's policies.

6. STAFF TRAINING AND QUALIFICATIONS

6.1 Medical Staff

- All medical staff must have training and experience as outlined in Table II (pages 16 and 17).

- All physicians regularly working in the unit must show evidence of relevant continuing medical education for reappointment.

- Comprehensive, major and general emergency hospital units should set up programs in emergency continuing medical education for staff or arrange for training opportunities off-site.

- Arrangements for participation in joint rounds and seminars with other in-hospital services should be required.

6.2 Nursing Staff

- The Unit Supervisor is a Registered Nurse, with experience in Emergency Nursing and with additional educational qualifications as outlined in Table II (page 17).

- The Registered Nurse staff will have had previous general medical and surgical nursing experience as outlined in Table II, and if possible specific training and experience in Emergency Nursing. If such courses are not available, an extensive orientation program is necessary.

- Basic Cardiac Life Support is mandatory for all nursing staff, including nursing auxiliary personnel.

- Advanced Cardiac Life Support should be mandatory for all emergency unit registered nursing staff.

- Continuing education in emergency/critical care should be available on an in-service basis or on a regional basis. Registered nurses should attend at least one approved course per year, exclusive of B.C.L.S./A.C.L.S.

6.3 Other Staff

Non-professional staff should be trained in Basic Cardiac Life Support. These employees require a comprehensive orientation program.

7. SPECIFIC SUPPORTING DEPARTMENTS AND SERVICES

The availability of in-hospital services in a large part determines the categorization of a hospital's emergency services. See Table I (pages 12-15).

8. SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES

8.1 Space Requirements

Space within the Emergency Unit can be divided into:

- Primary activity space or those areas where patient care is given;
- Support space;
- Administrative space. See Table III (page 19).

The major determinants of the amount of space required are:

- Number of patient visits;
- Service times (lengths of stay);
- Unit categorizations.

Although the impact of number of patient visits on the required space is obvious, categorizing those patients that generate the longest service times is less so. It is generally agreed that patients presenting to an Emergency Unit can be divided into three categories:

- Emergent or life-threatening;
- Urgent or requiring treatment within hours or at least the same day as the visit;
- Non-urgent or those not requiring immediate care or those requiring care in a physician's office.

Studies done in Canada and the United States [1,2] have confirmed that in an undifferentiated Emergency unit, emergent cases comprise approximately 5% of the total emergency visits, urgent visits comprise approximately 40% and non-urgent visits in excess of 50% of the load. As many of the non-urgent visits and a significant number of the minor-urgent visits could be handled within the physician's office, it has been further estimated that

---

1 Pütsep, E., Modern Hospital, International Planning Practices, London, Lloyd-Luke Ltd., 1979, p. 641

2. Ghent, W.R., Dagnone, L.E., "A numerical method of evaluating and categorizing hospital emergency departments." C.M.A.J., Vol. 115, No. 2, July 17, 1976, p. 149

approximately 70% of the visits to the Emergency unit do not require immediate care. In the Emergency unit where patients with emergent and urgent problems are predominantly seen, the space requirements will be higher for a given number of visits than in the undifferentiated emergency unit.

Visits to Emergency units fluctuate greatly from day to day and hour to hour. Space requirements should ideally be estimated on the basis of peak loads, taking into account the urgency of the problems. It is difficult without a detailed study to determine the peak demands, and therefore space is generally computed from the average number of visits.

Two alternate computations applicable to an undifferentiated emergency unit are:

1) 0.09 square metres (1 sq. ft.) net space per six visits per year.

2) 1000 m^2 (10 764 sq. ft.) gross per 100 visits per day. (As the conversion factor for converting net space to gross space, which includes corridors, entrances, hallways, etc., is 1.55, these two results are very similar.)

8.2 Space Allocation

The space allocations involved in the various categories have been presented in Table III. For each of these areas, specific comments follow:

1. A reception/triage area should be provided for immediate contact between the patient and a nurse or physician.

2. The interview spaces can be used for such diverse functions as a quiet room, a family interview room and an area for interview, e.g., by psychiatrist, social workers and religious advisers.

3. The specific space for each of these areas in a hypothetical department with 100 visits per day should be approximately:

   resuscitation - 50 m^2 with the capability for two patients,

   minor trauma area - 50 m^2 with the capability for two patients,

   major treatment area - 150 m^2 with the capability for four patients,

   minor treatment - area 37 m^2 with the capability for four patients,

   EENT room - 11 m^2 with the capability for one patient,

   obstetrics and gynecological rooms - 11 m^2 with a capability for one patient,

   interview room (4) 30 m^2,

fracture and orthopaedics 19 m^2 for two patients.[1]

4. It is felt that there should be one observation bed for each 100 in-patient beds, with an area of approximately 1 m^2 for each bed. Other factors such as extraordinary numbers of visits to the emergency unit or admissions via the emergency unit may modify this requirement.

5. Consideration should be given to the provision of appropriate facilities for isolation of contagious, noisy or dangerous patients.

6. For a complete listing of the types and areas of administrative and support facilities, please refer to: Evaluation and Space Programming and Methodology. Series 3. Emergency Department, Dept. of National Health and Welfare, November 1978.

8.3 Special Design Features[2]

The following design features apply predominantly to comprehensive and major units, and are desirable for general and basic units:

- There should be separate but adjacent stretcher and walk-in entrances. Both should have automatic doors. In the case of the ambulance entrance, it should open on to an enclosed, heated receiving port, capable of holding several vehicles. Provision should also be made for automobile access for emergency patients.

- Wide corridors and 5-foot-wide doors should lead to the triage, resuscitation and treatment areas.

- Reception, triage and waiting areas should be subject to direct visual supervision by appropriate emergency unit staff.

- Ambulance/stretcher traffic and walk-in patient traffic should not cross paths.

- The waiting areas should be spacious but internally divided to provide for smaller groupings of patients and relatives. If possible, separate waiting areas should be provided for adult and pediatric patients and the friends and relatives.

- When the yearly volume of visits exceeds 40 000, consideration should be given to providing care for the non-urgent and minor urgent groups of patients (50% or more of the total) in an adjacent ambulatory care area.

---

1 Mackenzie, J.R. et al, "A guideline for the organization of an Emergency Department in a University setting", Journal of The American College of Emergency Physicians, Vol. 5, 1976, pp. 364-76

2 See also Design Considerations, Emergency Departments, Department of National Health and Welfare, September 1978.

- The resuscitation and major treatment area should be as close to the entrance and triage area as possible.

- The major treatment area may be either individual rooms or, preferably, one larger area with curtain partitions for privacy. This latter arrangement will allow for more efficient observation and care by nursing and physician staff.

- Both the resuscitation and major treatment area should be visible from the nursing station.

- The minor treatment area, trauma room, EENT room and gynecological examination room may, and in the case of the latter, probably should, be positioned to ensure privacy.

- Patient care areas should be equipped with patient call systems and intercoms.

- Wheelchair ramps are necessary for all entrances and exits.

- The emergency unit should be located on the ground floor.

- In the design of the emergency unit, consideration should be given to the ability to increase its capacity to handle casualties from a disaster area.

9. EQUIPMENT

The following equipment lists relate to the rooms specified in Appendix III, and therefore primarily to comprehensive and major emergency units. These lists are not meant to be all-inclusive, but represent minimum requirements.

9.1 Resuscitation Room

Each position should be equipped with an adjustable, tilting trauma bed, DC defibrillator-monitor combination and intubation and manual ventilation equipment. Volume cycle respirators with alarms are recommended. Furthermore, each position should be equipped with medical gases and suction, sphygmomanometer, ophthalmoscope and otoscope. There should be ceiling-mounted intravenous tracks for each position. The resuscitation room should contain an overhead x-ray tube capable of serving all beds. A refrigerator approved by the blood transfusion service should be provided for the storage of emergency blood, blood products and medications. Blood-warming equipment should be kept in the resuscitation room. Each bed in the resuscitation area should have a high intensity operating light.

9.2 **Major treatment area.** Each station in this area should have an adjustable tilting bed, medical gases, suction, sphygmomanometer, otoscope and ophthalmoscope. An overhead intravenous track should be available. Some or preferably all of the major treatment beds should have bedside monitors with write-out capabilities.

9.3 **Minor treatment room.** These rooms or areas should be equipped similarly to the major treatment area except that cardiac monitoring apparatus is not necessary. There must be a monitor and a defibrillator available to the area.

9.4 **EENT room.** This room should contain an EENT examining chair, an examiner's stool, wall-mounted oxygen and suction, wall-mounted ophthalmoscope. otoscope and a slit lamp.

9.5 **Gynecological examination room.** This room should contain an examining table with stirrups, medical gases and suction, wall-mounted ophthalmoscope, otoscope and a sphygmomanometer, overhead intravenous track and an examination light.

9.6 **Minor trauma room.** This room should have facilities for scrubbing. Each treatment position should have an operating table with overhead surgical light and medical gases, suction, sphygmonanometer, ophthalmoscope, and otoscope.

9.7 **Major trauma room.** All the equipment contained in 9.1, plus a multi-channel monitor, anaesthetic machine with ventilator, ceiling-mounted operating room light, electrocautery equipment.

9.8 Equipment is required for providing life support in transit within and outside the hospital, and must be available for hospital teams involved at accident or disaster sites.

10. RELATIONSHIP WITH OTHER DEPARTMENTS AND SERVICES

- The entrance to the Emergency Unit should be clearly indicated, and should be sufficiently distant from the main hospital entrance and parking area to expedite traffic-flow.

- The hospital admitting department should be established convenient to the emergency unit.

- Consideration should be given to ease of access and travel time between the emergency unit and its supporting departments and services, such as Radiology, Operating Rooms. Laboratory, the Cardiac Care Unit, Intensive Care Unit and the Trauma Unit.

- To minimize transfer time for patients, particular attention should be paid to planning and use of elevators. Sufficient elevators should be provided and there should be "homing" controls which return at least one elevator to the emergency unit level, (with key controls for emergency unit staff).

- Directional sign systems within hospitals must be designed for ready comprehension.

TABLE I

HOSPITAL RESOURCES FOR CATEGORIZATION

Legend: E - Essential
D - Desirable
n.a. - not applicable

		Category			
	Supporting Departments and Services	Comprehensive	Major	General	Basic
(1)	Specialty Services available in hospital 24 hours a day:				
	Anaethesia	E	E	-	-
	General Surgery	E	E	-	-
	Internal Medicine	E	E	-	-
	Neurosurgery	E	D	-	-
(2)	Specialty Services available promptly -- available from inside or outside hospital:				
	Anaethesia	n.a	n.a	E	D
	Cardiology	E	E	D	-
	Cardiovascular and Thoracic Surgery	E	D	-	-
	Gastroenterology	E	D	-	-
	General Surgery	n.a	n.a.	E	D
	Haematology	D	D	-	-
	Internal Medicine	n.a.	n.a.	E	D
	Medical Biochemistry	E	-	-	-
	Medical Microbiology	E	D	-	-
	Microsurgery (for digit/limb reconstruction)	D	D	-	-

	Category			
Supporting Departments and Services (cont'd.)	Comprehensive	Major	General	Basic
Nephrology	D	D	-	-
Neurology	E	E	-	-
Nuclear Medicine	D	-	-	-
Obstetrics and Gynaecology	E	E	D	-
Ophthalmology	E	E	D	-
Oral Surgery	D	D	-	-
Orthopaedics	E	E	D	-
Otorhinolaryngology	E	E	D	-
Paediatric Cardiology	D	D	-	-
Paediatric General Surgery	D	D	-	-
Paediatrics	D	D	D	-
Plastic Surgery	E	E	D	-
Psychiatry	E	E	D	-
Radiology	E	E	D	-
Respiratory Medicine	E	E	-	-
Urology	E	E	D	-
(3) Special Facilities/Resources/ Capabilities: in hospital				
Cardiac Arrest Team	E	E	E	E
Endoscopy	E	E	-	-
Intensive Care/CCU	E	E	E	-
Neonatal Resuscitation	E	E	E	E

	Category			
Supporting Departments and Services (cont'd)	Comprehensive	Major	General	Basic
Operating Suite Special Requirements:				
- Cardiopulmonary bypass Pump-Oxygenator	E	-	-	-
- EKG Monitoring	E	E	E	E
- Operating Microscope	E	D	-	-
- Operating Room adequately staffed and immediately available for 24 hours a day	E	E	D	-
X-ray Capability	E	E	E	E
Organized Trauma Team	E	D	-	-
Temporary Pacemaker Insertion Capability	E	E	E	-
Post-anaesthetic recovery room	E	E	E	-
Radiology Subspecialities:				
- Angiography	E	E	-	-
- Sonography	E	E	D	-
- Nuclear Scanning	E	D	-	-
- Computerized Tomography	E	D	-	-
Respiratory Technology Service	E	E	D	-

(4) Special Facilities/Resources/Capabilities identified to which patients are transferred where indicated:

Haemodialysis

Hyperbaric chamber

Essential for all to identify referral patterns.

		Category			
		Comprehensive	Major	General	Basic
Supporting Departments and Services (cont'd.)					
	Secure Accommodation for Disturbed Patients				
	Microsurgery				
	Neonatal Unit				
	Organized Burn Care	Essential for all to identify referral patterns			
	Paediatric Cardiology				
	Plasmapheresis				
	Special Isolation Facility				
	Spinal Cord Injury Unit				
	Transplant				
(5)	Clinical Laboratory Services - Available promptly 24 hours a day:				
	Blood gases	E	E	E	D
	Blood typing and cross-matching and adequate hospital storage facilities	E	E	E	E
	Coagulation studies	E	E	E	D
	Comprehensive blood bank or access to a community central blood bank	E	E	-	-
	Microbiology	E	E	E	D
	Standard analysis of blood, urine and other body fluids	E	E	E	E
	Toxicology (Poison Information)	E	E	E	D

TABLE II

STAFF ESTABLISHMENT AND TRAINING

Legend: E - Essential
D - Desirable
n.a. - not applicable

		Category			
		Comprehensive	Major	General	Basic
Medical Staff					
(1)	Medical Director of the Emergency Unit				
	Budget Support	E	E	D	-
	Onsite Location	E	E	D	-
	Time Commitment	100%	100%	25-75%	to 25%
	Certified in Emergency Medicine*	E	E	D	D
	Acceptable Training and Experience in Emergency Medicine	n.a.	n.a.	E	E
(2)	Training and Qualifications, Emergency Physicians				
	Basic Cardiac Life Support in Emergency Unit	E	E	E	E
	Advanced Cardiac Life Support in Emergency Unit	E	E	D	D
	Advanced Cardiac Life Support in Hospital	n.a.	n.a.	E	E
	Advanced Trauma Life Support in Emergency Unit**	D	D	D	D
	Certified in Emergency Medicine in Unit*	E	E-D	D	-

* Evidenced by: College of Family Practitioners of Canada documentation, Royal College of Physicians and Surgeons documentation or American Board of Emergency Medicine documentation.

** Should be considered essential in Comprehensive and Major when available.

		Category			
		Comprehensive	Major	General	Basic
Medical Staff (cont'd.)					
	Acceptable training and experience in Emergency Medicine	n.a.	E	E	E
	Evidence of Continuing Medical Education in Emergency Medicine	E	E	E	E
Nursing Staff: Training and Qualifications:					
(1)	Unit-supervisor				
	M.N.	D	D	-	-
	R.N. + Baccalaureate + Experience	D	D	D	D
	R.N. + Short Course + Experience	E	E	E	E
	Advanced Cardiac Life Support	E	E	E	E
(2)	Unit Nursing Staff				
	R.N. + Baccalaureate + Experience	D	D	D	D
	R.N. + Short Course + Experience	E	E	D	D
	R.N. + General Medical + Surgical Experience	n.a.	n.a.	D	D
	Advanced Cardiac Life Support	E	E	E	E
(3)	Other Nursing Staff				
	Basic Cardiac Life Support	E	E	E	E

TABLE III

PHYSICAL COMPONENTS OF EMERGENCY UNITS

Legend: E - Essential
D - Desirable
n.a. - not applicable

	Category			
Primary Activity Areas	Comprehensive	Major	General	Basic
- Resuscitation	E	E	D	-
- Minor Trauma	E	E	D	-
- Major Treatment	E	E	E	E
- Minor Treatment	E	E	D	-
- E.E.N.T.	E	E	-	-
- Obstetrics and Gynecology	E	E	-	-
- Interview	E	E	-	-
- Observation	E	E	D	-
- Fracture & Orthopaedic (Plaster Room)	E	E	-	-
- Isolation	E	E	D	-
Support Areas				
Triage	E	E	E	-
Documentation	E	E	E	-
Waiting Rooms (Police, Ambulance Attendants, Families, etc.)	E	E	E	-
Nursing Station	E	E	D	-
Toilets	E	E	D	-

	Category			
	Comprehensive	Major	General	Basic
Support Areas (cont'd.)				
Small Laboratory for Limited Emergency Testing	D	D	D	-
Administration Areas				
Medical Director's Office	E	E	D	-
Emergency Physicians' Office	E	E	D	-
Unit Supervisor's Office	E	E	D	-
Conference Room and Emergency Library (including poison information)	E	E	-	-

EMERGENCY MEDICAL SERVICES SYSTEM

To achieve the benefits of contemporary skills and knowledge in emergency care, hospital emergency units must function as part of a broader system of emergency medical services linking the response capabilities of the pre-hospital phase of emergency care with the critical care services of the hospitals in a geographic context.

An emergency medical services system has two phases of development:

Phase I - Pre-hospital emergency care

Components include:

- public (e.g., volunteer, industrial, etc.) awareness, skills and knowledge in first aid and Basic Life Support
- Cardiopulmonary Resuscitation
- organized emergency care and transport system (i.e., ambulance services) (including Advanced Life Support where feasible)
- specialized services in heavy extrication - crash rescue (e.g., fire services)

Phase II - Institutional emergency care

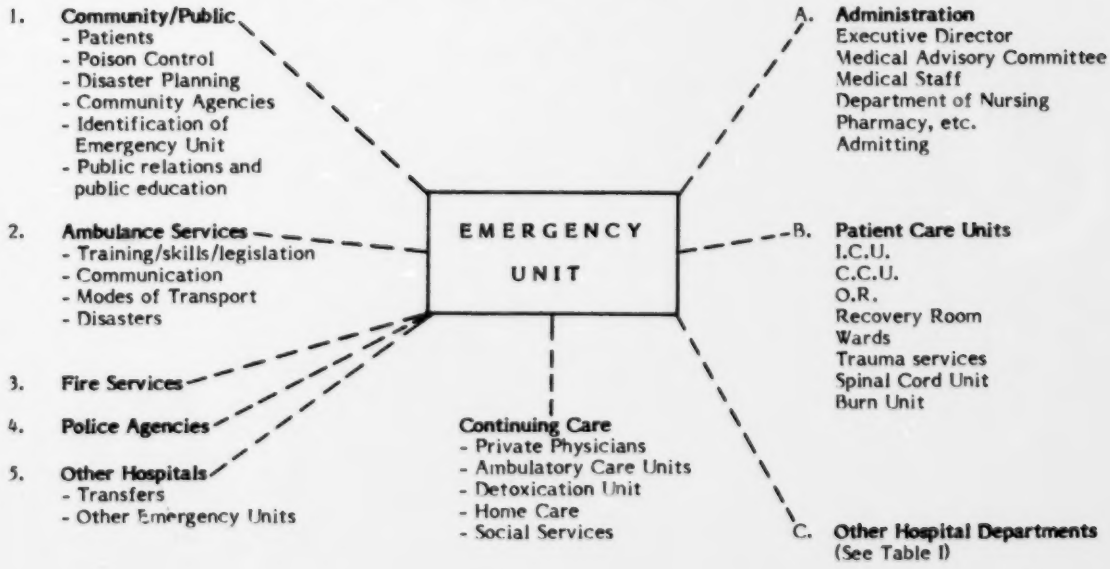
Components include:

- hospital emergency units within a defined geographic and referral area
- supporting departments and services within each hospital
- special critical care services in hospitals including:
  - critical care and trauma unit
  - ICU/CCU
  - Burn Unit
  - Acute Spinal Cord Injury Unit

The relationships between these entities are illustrated in Appendix II.

Relationship of the Emergency Unit to External Agencies and Hospital Resources

EMERGENCY MEDICAL SYSTEM



Subjects for which Policies, Protocols or Procedures Should be Established in Writing for Hospital Emergency Units	policies	protocols	and / or	procedures
1. Patient Care and Limitations				
- which patients are to be admitted to the unit and/or to the hospital or transferred to other institutions or referred to other parts of the hospital;	X			
- processing patients through the Unit				X
- criteria for admission and permissable length of stay in the emergency unit holding or observation area(s)	X			
- procedures that can be performed in the emergency unit	X			
- methods of assigning privileges for these procedures	X			
- cardiac arrest and life support				X
- care of psychiatric patients	X			
- ensuring safety of psychiatric patients, other patients and staff				X
- treatment of poisoning				
- treatment of other life-threatening conditions				
- the isolation of patients	X			X
- care of other types of specific patients or presenting problems by nurses, pending physician's arrival				X
- handling patient deaths, on arrival or in unit	X			X
notification of patient's next of kin				X

Subjects for which Policies, Protocols or Procedures Should be Established in Writing for Hospital Emergency Units	policies	protocols	and / or	procedures
2 Patient Transfers				
- stabilization and preparation of patients and responsibility for patient during transfer	X		X	
- requirement that patients be transferred when originating (current) hospital does not have the specialized care resources to care for the particular patient	X			
- appropriate choice of vehicle, accompanying staff, equipment, supplies and en route communications			X	
- transfers at the patient's request, against medical advice	X			
- contacting of receiving physician and hospital before transfer	X			
- patient records accompanying patients	X			
- transfer agreements, standing orders for evaluation and management and transfer of responsibility between hospitals where patients regularly transferred	X		X	
- notification of ambulance personnel and receiving hospitals about suspected communicable diseases	X			
- ambulance transfers in adverse weather conditions taking place only if vehicle operator feels it can be done safely	X			
3. Medical Care and Responsibilities				
- which physicians can or are expected to attend patients	X			
- the delineation of the physician responsible for overall patient care coordination	X			

Subjects for which Policies, Protocols or Procedures Should be Established in Writing for Hospital Emergency Units	policies	protocols	and / or	procedures
- patients to be seen by a physician prior to being discharged from the emergency unit	X			
- notification of patient's private physician	X			
- follow-up care of patients			X	
- the maximum allowable time for a patient's physician to respond to calls, and to arrive at the hospital, prior to another physician attending the patient, with "escape" clauses for urgent cases	X			
- essential investigations			X	
- stat investigations			X	
- written lists of consultant coverage in the unit	X			
- physician requests for exemption from the roster for emergency coverage, where there is one.			X	
4. Nursing Care and Responsibilities				
- nursing staff in the emergency unit as part of the total nursing department - however, where the nursing staff in the emergency unit does not constitute part of the hospital's nursing department, there should be close co-operation between the nursing department and the emergency nursing staff	X			
- the unit supervisor of the emergency unit or his/her delegate as a member of all committees which have direct implications for nursing within the emergency unit	X			
- a representative of the emergency unit nursing staff as a member of nursing department committees that pertain to the emergency unit	X			

Subjects for which Policies, Protocols or Procedures Should be Established in Writing for Hospital Emergency Units	policies	protocols	and / or	procedures
- the delegating of authority in situations where immediate consultation by the physician is not possible, for nursing staff to perform certain procedures which have been approved by the appropriate hospital committee and provincial authorities			X	
- circumstances in which nurses can accept verbal orders from physicians; (Provision must be made to have these orders signed on the patient's chart.)	X			
- the mimimum number of nursing staff required to be in the unit at any time.	X			
5. Organization of the Unit				
- the organization structure and lines of authority and communications between unit staff and hospital, medical and nursing administration	X			
- the functions of members of the emergency unit staff and the procedures they are allowed to perform, as for all other staff members in the hospital	X			
- triage and patient care scheduling			X	
- job descriptions for each position	X			
6. Legal Issues				
- the handling of cases involving legal implications, such as consents, rape protocols, child abuse, police cases, coroners' cases, patient treatment refusals, press relations and notifiable conditions	X	X		

Subjects for which Policies, Protocols or Procedures Should be Established in Writing for Hospital Emergency Units	policies	protocols	and / or	procedures
7. Records and Reports				
- the ensuring of confidentiality of patient's records	X			
- minimum criteria for emergency unit clinical records	X			
- patient's discharge instructions, using preprinted forms where appropriate			X	
8. Patient Care Audit				
- the regular review by appropriate medical and nursing staff of the quality of care received by patients, including Mortality and Morbidity reviews should be included. These reviews should be completed on a regular basis. The reports and recommendations should be forwarded to staff responsible.	X		X	
9. Other				
- public relations and public education	X		X	
- social service or community agency referrals	X		X	
- emergency alerts for peak periods or security problems			X	
- hospital and community disasters, and recalling staff to unit and to hospital	X		X	
- equipment maintenance	X		X	
- booking elective visits or procedures in units or in other units			X	
- the safekeeping of patients' belongings			X	

Subjects for which Policies, Protocols or Procedures Should be Established in Writing for Hospital Emergency Units	policies	protocols	and / or	procedures
- lists of consultants, clergy, interpreters and other hospital and community resources, with telephone numbers			X	
- the enforcement of hospital policies			X	

GUIDELINES FOR POLICIES AND PROCEDURES

FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

Guidelines for policies and procedures for special services in hospitals were formulated after a review of provincial, national and international information.

It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific Special Services policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these units.

I. ROLE AND OBJECTIVES

A. Role and objectives of service in hospitals

B. Type of patients served

- By diagnosis and/or severity of illness
- Restriction of service, if any (e.g. terminally ill patients)

C. Services provided

II. ORGANIZATION OF SERVICE

A. Governing Board responsibility

B. Relationship to Administrator and Medical Staff

C. Service management

(i) Specific responsibilities of staff

- Medical Director
- Other medical staff
- Nursing staff
- Other staff

(ii) Committee

- Membership to be defined by discipline and number
- Terms of reference to be defined
- Provision for consultation with appropriate hospital and medical staff
- Schedules for formal and ad hoc meetings

III. POLICIES FOR OPERATION OF SERVICE

1. Admission authority by:
   - Medical Director
   - Assistant and resident physicians
   - Nursing supervisor of service
2. Admission priorities by:
   - Diagnostic category
   - Clinical condition
3. Routine admission Standing Orders
4. Emergency admission Standing Orders
5. Length of stay by diagnosis
6. Guidelines for transfer based on specific routine and emergency priorities
7. Guidelines for discharge based on specific routine and emergency priorities
8. Educational requirements of staff
9. Provision for continuing education of staff
10. Establishment and maintenance of appropriate patient records
11. Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff
12. Equipment maintenance and safety
13. Continuing evaluation of effectiveness of service

IV. PROCEDURES

1. Elective procedures: medical, nursing and other
2. Emergency alert system procedures
3. Medical record and statistical procedures
4. Patient - visitor regulations

GUIDELINES FOR
SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

The following guidelines have been prepared by the federal-provincial Working Group on Special Services in Hospitals. These guidelines were requested by the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services, Ottawa. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Working Group.

- Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Burn Unit
- Cardiovascular Services in Hospitals
  - Ambulatory Electrocardiography Monitoring
  - Cardiac Care
  - Cardiac Catheterization
  - Cardiac Surgery
  - Cardiovascular Nuclear Medicine
  - Cardiac Pacemaker
  - Cardiac Stress Testing
  - Echocardiography
  - Intermediate Cardiac Care
  - Non-Invasive Vascular Laboratories
  - Phonocardiography
- Child and Adolescent Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Child Care Services in General Hospitals
- Computed Tomography
- Day Surgery Unit
- Dental Care Units in Hospitals
- Detoxication Unit
- Diabetic Day Care Unit
- Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
- Emergency Services in Hospitals
- Geriatric Day Hospitals
- Geriatric Unit in a Hospital
- Intensive Care Unit
- Narcotic Addiction Treatment Unit
- Nuclear Medicine in Hospitals
- Palliative Care Services in Hospitals
- Patient Hostel Unit
- Perinatal Intensive Care Unit
- Regional Renal Failure Program
- Rehabilitation Medicine Unit
- Respiratory Technology Service/Unit
- Spinal Cord Injury Unit
- Stroke Services
- Total Parenteral Nutrition

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL

SUR LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES

RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

UNITÉS D'URGENCE DANS LES HÔPITAUX

Direction des services de santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social
1981

Also available in English under
The title "Emergency Units in Hospitals"

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer:

M. Donald F. Moffatt
Directeur, Division des services en
établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide à l'adresse ci-dessus.

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION

LISTE DES PARTICIPANTS

PRÉAMBULE 1

NORMES

1. Nombre de malades 2
2. Lits requis 3
3. Répartition des unités 3
4. Politiques, procédures et contrôle administratifs 3
5. Dotation en personnel et heures de travail 5
6. Formation du personnel et qualifications requises 6
7. Départements et services de soutien particuliers 7
8. Répartition et utilisation de l'espace: caractéristiques spéciales du plan d'aménagement 7
9. Appareillage 11
10. Relations avec les autres services et départements 12

TABLEAUX

I Ressources hospitalières nécessaires à chaque catégorie d'unité 15
II Personnel nécessaire et formation exigée 21
III Aires comprises dans les unités d'urgence 25

ANNEXES

Annexe I Réseau de soins médicaux d'urgence 27

Annexe II Rapports de l'unité d'urgence avec les organismes extérieurs et les ressources hospitalières 29

Annexe III Sujets devant faire l'objet de politiques, de procédures ou de protocoles écrits à l'intention des unités d'urgence des hôpitaux 31

Annexe IV Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux 37

Annexe V Liste des guides régissant certains services spéciaux dans les hôpitaux 39

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services spécialisés dans les hôpitaux. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation sensible du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans nos hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. À cause de cette situation, un besoin constant de critères et de normes s'est fait sentir, pour guider ceux qui ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de diriger les services de soins spéciaux dans les hôpitaux.

Mandat

En 1972, les administrations responsables de la santé au Canada ont jugé qu'il fallait une orientation dans ce domaine. Aussi, le Comité consultatif de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des normes de service et d'aménagement pour un certain nombre d'établissements et d'unités qui dispensent des soins spécialisés.

Le Groupe de travail a élaboré des énoncés de normes pour 14 unités et services. Le tout a été publié en 1975 sous le titre "Guide des normes de planification, d'organisation et de gestion des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux". Cet ouvrage a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques de soins, actuelles ou récentes, et les changements qui interviennent dans le mode de prestation des soins, ont exigé une mise à jour des normes de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de directives applicables à d'autres secteurs. On trouvera, à l'Annexe V, une liste complète des guides déjà publiés, ou en voie de préparation, par le Groupe de travail.

Méthodologie

Les normes publiées en 1975 ont été élaborées à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'opinions de spécialistes, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, des directives élaborées au Canada et de sources autorisées. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à ce mode d'approche.

Cette nouvelle publication a été préparée selon la même méthode. En l'occurrence, outre l'apport des instances provinciales, on a recueilli les avis pertinents de spécialistes de la santé, par l'entremise d'agents dûment désignés d'organisations sanitaires nationales représentant les activités propres à chaque

service. Il est certain que des centaines de spécialistes, de chaque région du pays, ont ainsi apporté à ces directives le fruit de leur expérience, donnant de la sorte aux sujets traités un caractère reflétant un véritable consensus canadien.

Objectif proposé des directives

Les directives ne devront pas être considérées comme des normes rigides. Leur application pourrait varier d'un endroit à un autre à travers le Canada et c'est à la province que revient la prérogative d'accepter, de modifier ou de rejeter ces directives selon ses propres priorités.

Le but de ces directives est de définir les exigences pour un certain nombre d'institutions et de services de soins spécialisés. Elles ne sont cependant pas conçues pour fournir des normes en matière de pratique clinique.

Quand la création d'une unité est projetée, ces directives aideront les planificateurs et les autorités gouvernementales en matière de santé à déterminer le besoin d'une telle unité et à évaluer l'impact qu'elle pourrait avoir sur les services existants et ceux à l'étude, aussi bien sur le plan local que régional. Des lacunes dans les services en place peuvent être détectées, et dans certains cas, comblées, sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer une nouvelle unité.

Dans le cas où l'unité existe déjà dans l'hôpital, les directives permettront de résoudre des problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Elles aideront également à déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème défini, en se basant sur les besoins cliniques, les réalités fiscales et le degré suivant lequel une défectuosité quelconque dans les installations matérielles peut entraver le fonctionnement normal de l'unité.

Révisions à venir

En raison des changements rapides du domaine de la santé, les directives devront être révisées au besoin. Il est prévu que le Groupe de travail continuera à assumer cette fonction.

Remerciements

Le Groupe de travail présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail et le temps considérable que plusieurs d'entre eux ont consacré à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration de ces directives. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, d'une autre façon, ont secondé ses efforts par leurs conseils et les renseignements qu'ils ont soumis.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume était composé de:

M. Donald F. Moffatt, président
Directeur, Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M.D.J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Mme M.L. Côté
Chef, Section des services de santé en établissement
Division des services en établissement et services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de neurochirurgie de la faculté de médecine de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

Dr G.A. Judge
Directeur médical
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

Mme P. MacDonald
Agent des normes
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

M. David L. Martin
Conseiller en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Hans H. Rubarth
Directeur régional
Institution des soins de santé
Ministère de la Santé de la
Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Dr R. Seaver
Conseiller principal en médecine
Direction consultative des programmes
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

SECRÉTARIAT

Mme Janet Stow
Agent de projets
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

OBSERVATEURS PARTICIPANTS

Mlle M. Carroll
Conseillère en soins infirmiers
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de Santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Les normes relatives aux unités d'urgence dans les hôpitaux ont été préparées pour le Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux, par un sous-groupe formé d'experts dans le domaine des services d'urgence. Voici quels étaient les membres du

SOUS-GROUPE DE TRAVAIL SUR LES UNITÉS D'URGENCE DANS LES HÔPITAUX

M. David L. Martin, président
Conseiller en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle Joan Blackmore
Infirmière-chef, Département d'urgence
Centre des services de santé
de l'Hôpital général
Saint-Jean (Terre-Neuve)

Dr. G.K. Bristow
Directeur, Médecine d'urgence
Centre des sciences de santé
Winnipeg (Manitoba)

Mme A.N. O'Leary Brochu (a démissionné en avril 1981)
Conseillère en soins infirmiers
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle M. Carroll (nommée en avril 1981)
Conseillère en soins infirmiers
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de Santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr. E. Bruce Challis
Président, Comité des services d'urgence
Le Collège des médecins de
famille du Canada
Hôpital général de Toronto
Toronto (Ontario)

Mme F.L. Davies
Directrice, Services de santé d'urgence
Direction générale des services médicaux
Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Dr Peter Lane
Secrétaire, Association canadienne des
médecins d'urgence
Département de médecine d'urgence
Centre médical de Sunnybrook
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Dr Peter Ransford
Président, Commission des services de
santé d'urgence
Conseiller principal en médecine
Ministère de la Santé
Victoria (Colombie-Britannique)

Mme Sheila Ross
Directrice adjointe des soins infirmiers
Hôpital général Victoria
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Dr Arthur Scott
Anesthésiste-chef
Hôpital général de Toronto
Toronto (Ontario)

Dr William J. Sibbald
Hôpital Victoria
London (Ontario)

UNITÉS D'URGENCE DANS LES HÔPITAUX

DÉFINITION

L'unité d'urgence est le lieu où l'on soigne les personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure qui nécessite une évaluation, un diagnostic et un traitement immédiats.

PRÉAMBULE

Les hôpitaux diffèrent entre eux pour ce qui est de la gamme des services d'urgence qu'ils peuvent offrir à la population. Quand on évalue les services d'urgence d'un hôpital, il faut donc tenir compte de ses moyens et de son emplacement géographique, de même que des ressources communautaires et des services médicaux disponibles localement. Les services d'urgence doivent être accessibles 24 heures par jour et être coordonnés aux autres composantes du système des soins d'urgence qui précèdent l'arrivée à l'hôpital. Toute unité d'urgence a besoin de services de soutien. Elle doit avoir la capacité d'assurer la continuité du traitement en phase aiguë, des malades qui ont reçu les premiers soins d'urgence. (Voir l'annexe I)

Le système des soins d'urgence précédant l'arrivée à l'hôpital fera l'objet d'un guide distinct; il faut cependant tenir compte ici des composantes de ce système et de leurs rapports avec les hôpitaux. Parmi ces composantes, il faut signaler l'éveil du public et sa connaissance des premiers soins et des techniques de maintien des fonctions vitales. le système structuré des soins d'urgence, le système de transport, qui comprend les services d'ambulance, les techniques avancées de maintien des fonctions vitales, les réseaux de communication (entre le public et le système de soins médicaux d'urgence), et les plans d'urgence en cas de catastrophe. Les rapports entre les composantes du système d'urgence, (intra-muros et extra-muros) sont illustrés à l'annexe II.

Les deux principaux éléments à considérer dans l'élaboration de normes en matière d'unités d'urgence sont la prestation des soins aux malades et l'utilisation efficace des ressources communautaires par le public. Par exemple, lorsqu'une région possède deux établissements de santé, à proximité l'un de l'autre, dont l'un a des moyens très réduits et l'autre des moyens plus considérables, il peut être préférable de conduire le malade à ce dernier, s'il s'agit d'une courte distance et si les personnes qui l'accompagnent sont en mesure de maintenir ses fonctions vitales durant le trajet.

Les autorités provinciales devraient évaluer les hôpitaux de traitement actif, afin de déterminer le niveau de leur capacité en matière de soins d'urgence et de vérifier s'ils prodiguent les meilleurs soins possibles. L'examen des services d'urgence existants devrait comprendre l'évaluation des ressources de chaque unité d'urgence et de ses services de soutien.

Tout hôpital qui n'offre pas de services d'urgence 24 heures par jour devrait en aviser le public et disposer de panneaux indicateurs pour diriger les gens vers les établissements qui prodiguent des soins d'urgence jour et nuit. De même, les panneaux indicateurs installés le long des routes pour signaler la proximité d'hôpitaux devraient également indiquer ceux où l'on peut recevoir des soins d'urgence en tout temps.

Il peut être nécessaire d'offrir des alternatives aux malades dont le cas n'est pas urgent et qui utilisent l'unité d'urgence comme moyen d'accès au réseau de santé. En effet, cette utilisation abusive empêche l'unité de s'occuper convenablement des vraies urgences. Il faut également songer à mettre en place un système qui garantira aux malades traités à l'urgence les soins continus et le suivi nécessaires.

NORMES

1. **NOMBRE DE MALADES**

1.1 **Définition et catégorisation**

L'autorité compétente en matière de santé devrait, après avoir consulté les représentants du ministère provincial de la santé, classer les unités d'urgences en fonction de leurs ressources et non du nombre des visites qu'elles reçoivent.

Les services d'urgence des hôpitaux appartiennent à l'une ou à l'autre des quatre catégories suivantes:

- Les services d'urgence complets

  Il font habituellement partie d'un centre des sciences de la santé ou d'un hôpital d'enseignement universitaire métropolitain. L'un et l'autre ont généralement plus de 500 lits.

- Les services d'urgence majeurs

  Ils diffèrent des services complets en ce qu'ils ont moins de spécialistes à leur disposition.

- Les services d'urgence généraux

  Ils sont situés, la plupart du temps, dans un hôpital de 100 à 250 lits qui dirige vers d'autres hôpitaux, selon des protocoles établis d'avance, les malades qui ont besoin de soins spéciaux.

- Les services d'urgence de base

  Ils sont capables de rétablir la respiration du malade par les techniques de réanimation, de stabiliser celui qui est en état de choc et de dispenser les premiers soins au grand traumatisé. Il existe des ententes formelles entre établissements pour le transfert des malades.

  Aucun hôpital ne devrait être exclu de cette classification. Les niveaux de soins sont fondés sur la capacité de traitement de l'unité d'urgence basée sur les ressources décrites dans les tableaux I, II et III.

1.2 Les unités d'urgence actives devraient comprendre un secteur de soins ambulatoires distinct, pour le traitement des cas non aigus et les interventions non urgentes.

1.3 Afin que les malades soient dirigés vers l'aire de traitement appropriée, on devrait nommer un préposé au triage, soit une infirmière autorisée ou un médecin, qui pourra évaluer le malade dès son arrivée et déterminer l'urgence de ses problèmes et des services requis.

2. LITS REQUIS

- L'unité devrait être pourvue de lits pour l'observation de courte durée des malades (moins de 24 heures).

- Des lits pour le traitement des cas aigus doivent être disponibles localement, ce qui suppose une collaboration entre les hôpitaux.

3. RÉPARTITION DES UNITÉS

Ayant évalué et classé les services d'urgence de tous les hôpitaux, l'autorité compétente en matière de santé devrait établir un mécanisme de sélection et d'orientation des malades en vue d'utiliser les ressources pour le plus grand bien de la communauté. Il faudrait tenir compte des facteurs suivants:

- Le traitement des personnes souffrant d'une blessure ou d'une maladie qui risque de leur être fatale si elle n'est pas traitée immédiatement, par exemple un traumatisme grave, un infarctus du myocarde, une hémorragie importante.

- Les services pré-hospitaliers disponibles et les soins pour le maintien des fonctions vitables à être prodigués durant le transport des malades.

- La distance à parcourir et le choix de l'établissement selon l'état des malades (soit l'hôpital le plus proche ou un hôpital mieux équipé).

- Les besoins de la collectivité en matière de services autres que ceux requis par les personnes souffrant d'une blessure ou d'une maladie qui met leur vie en danger.

- L'existence de services hospitaliers de soutien et les modes habituels d'acheminement des malades.

- La disponibilité de ressources financières suffisantes et appropriées à la catégorie à laquelle l'unité d'urgence appartient.

4. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS

La politique établie doit être claire, consignée par écrit, mise à jour régulièrement et être à la disposition de tout le personnel qui en a besoin.

L'hôpital devrait créer les mécanismes nécessaires pour favoriser la discussion des politiques, des procédures, des problèmes et des objectifs à long et à court terme de l'unité d'urgence; les recommandations écrites résultant de ces échanges sont ensuite transmises au comité du Bureau médical et au comité des soins infirmiers dont relèvent les services d'urgence.

Il doit exister un comité de l'unité d'urgence groupant les représentants des médecins, des infirmières, des services de soutien et de l'administration. Les membres de ce comité devraient se réunir régulièrement pour

discuter des problèmes, chercher des solutions, évaluer les services offerts et faire des recommandations au sujet des soins aux malades.

4.1 Responsabilités du personnel

Direction médicale

Le Conseil d'administration de l'hôpital devrait désigner un médecin responsable des soins médicaux prodigués aux malades qui se présentent à l'unité d'urgence (ce médecin est désigné ci-après sous le vocable "directeur médical de l'unité d'urgence"), et lui accorder suffisamment de pouvoirs et d'autorité pour diriger l'unité en collaboration avec l'infirmière-chef. (Dans les établissements moins importants, ce rôle peut être associé à d'autres responsabilités.) Les unités importantes jugeront peut-être nécessaire d'offrir à ce médecin une rémunération proportionnelle à ses tâches administratives.

Les unités d'urgence qui offrent des services complets, celles qui assurent des services majeurs et certaines des unités qui offrent des services généraux devraient ériger l'unité d'urgence au rang de département au même titre que les autres départements cliniques.

Direction des soins infirmiers

La direction du service des soins infirmiers devrait désigner une infirmière responsable des soins infirmiers prodigués aux malades qui se présentent à l'unité d'urgence, et lui accorder suffisamment de pouvoirs et d'autorité pour surveiller l'unité en collaboration avec le directeur médical de l'unité d'urgence.

Autre personnel

Les fonctions et les responsabilités de tous les autres membres du personnel, y compris le personnel affecté au "triage", doivent être définies clairement, par écrit.

4.2 Politiques et ordonnances établies

Les comités hospitaliers compétents doivent réviser régulièrement les guides de politiques de leur unité d'urgence et s'assurer qu'ils contiennent tous les renseignements dont le personnel de l'unité a besoin pour faire face à ses problèmes particuliers. Ces guides devraient contenir les politiques concernant les soins aux malades et la limitation des privilèges professionnels, le transfert des malades, les soins médicaux et les responsabilités des médecins, les soins infirmiers et les responsabilités du personnel infirmier, l'organisation de l'unité, les aspects juridiques, les dossiers médicaux, les rapports, les évaluations des soins aux malades et d'autres sujets. L'annexe III contient plus de détails sur ces politiques.

5. DOTATION EN PERSONNEL ET HEURES DE TRAVAIL

5.1 Directeur médical de l'unité d'urgence

- Toutes les unités d'urgence devraient être dirigées par un médecin formé en médecine d'urgence, tel qu'il est décrit au tableau II.

- Le nombre d'heures de travail du directeur médical devrait être fonction du type d'unité qu'il dirige. Voir le tableau II.

- La rémunération du médecin pour ses tâches administratives devrait être imputée au budget de l'hôpital.

5.2 Personnel médical

- Le nombre des médecins à temps plein et à temps partiel affectés à l'unité devrait être fonction du type d'unité.

- La nomination du personnel médical affecté à l'unité d'urgence devrait se faire une fois par année.

- Les hôpitaux qui offrent des programmes de formation médicale universitaire ne peuvent utiliser leurs internes et leurs résidents comme médecins de première ligne que s'ils travaillent sous la surveillance d'un médecin membre du Bureau médical.

- Tous les médecins autorisés à traiter des malades à l'unité d'urgence doivent connaître la technique de base de réanimation cardio-respiratoire.

- Tous les médecins qui travaillent régulièrement dans une unité d'urgence doivent connaître la technique avancée de réanimation cardio-respiratoire. Voir le tableau II.

5.3 Personnel infirmier

- La dotation en personnel infirmier doit tenir compte des facteurs suivants: le nombre de visites des malades, la proportion des cas d'extrême urgence, des cas urgents et des cas électifs, le nombre d'heures de travail du personnel médical, l'agencement des lieux et les périodes de pointe.

- La composition des équipes de soins devrait prévoir la présence continue d'une infirmière autorisée auprès des malades et des blessés en état grave et ce, à partir du moment où ils sont admis jusqu'à ce qu'ils quittent l'unité. Lorsque l'unité est pourvue d'une aire d'observation isolée, celle-ci doit également disposer d'un personnel infirmier autorisé suffisant pour répondre aux besoins de tous les malades.

- Les infirmières autorisées suppléantes ou nouvelles devraient recevoir un cours complet d'orientation avant d'assumer la responsabilité de l'évaluation et du soin des malades.

- Les besoins en personnel (auxiliaires, aides, réceptionnistes, commis) varient selon la catégorie et l'importance de l'unité et selon la gravité des cas. Les tâches et les responsabilités de chacun doivent être clairement définies.

5.4 Autre personnel

- Service social: Toute unité d'urgence achalandée doit avoir des travailleurs sociaux à sa disposition. En effet, ceux-ci connaissent bien l'intervention critique et les services communautaires disponibles.

- Service de la pastorale: Les conseillers en matière religieuse jouent un rôle de plus en plus important dans le soin des malades et dans celui des parents et des amis.

- Interprètes: Lorsque des interprètes sont à la disposition de l'unité, le traitement d'urgence d'un malade incapable de communiquer avec les médecins et les infirmières est grandement facilité.

- Relations publiques: Bien que beaucoup d'hôpitaux n'aient pas d'agent des relations publiques, ce service, lorsqu'il existe, est très précieux pour les professionnels qui dispensent les soins d'urgence.

- Travailleurs bénévoles: Ces personnes apportent une aide inestimable aux médecins et aux infirmières en accomplissant les tâches à caractère non médical indiquées dans le guide du service des bénévoles.

6. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

6.1 Personnel médical

- Tout le personnel médical doit avoir reçu la formation nécessaire et posséder l'expérience précisée au tableau II.

- Tous les médecins affectés régulièrement à l'unité d'urgence doivent se perfectionner continuellement en médecine d'urgence.

- Les unités d'urgence qui offrent des services complets, majeurs ou généraux devraient offrir à leur personnel, des programmes de formation continue en médecine d'urgence, ou prendre des dispositions pour que les médecins puissent se perfectionner à l'extérieur.

- Des dispositions devraient être prises pour que le personnel médical de l'unité d'urgence participe aux visites et aux colloques avec le personnel des autres services de l'hôpital.

6.2 Personnel infirmier

- La surveillance de l'unité est assurée par une infirmière autorisée ayant de l'expérience en soins infirmiers d'urgence et possédant le niveau de formation indiqué au tableau II.

- Le personnel infirmier doit avoir l'expérience des soins infirmiers médicaux et chirurgicaux généraux (voir le tableau II) et, si possible. posséder une formation spéciale et de l'expérience en soins infirmiers d'urgence. S'il n'existe pas de cours de soins infirmiers d'urgence, un programme d'orientation détaillé devient nécessaire.

- Tout le personnel infirmier, y compris les aides-infirmiers, doit connaître la technique de base de réanimation cardio-respiratoire.

- Toutes les infirmières autorisées de l'unité d'urgence devraient connaître la méthode avancée de réanimation cardio-respiratoire.

- Des cours de perfectionnement en soins d'urgence et en soins intensifs devraient être disponibles, en permanence, à l'hôpital ou dans la région. Les infirmières autorisées devraient suivre chaque année au moins un cours de perfectionnement reconnu, en plus de connaître la méthode de base et la méthode avancée de réanimation cardio-respiratoire.

6.3 Autre personnel

Le personnel non professionnel devrait connaître la méthode de base de réanimation cardio-respiratoire. Ces employés doivent bénéficier d'un programme complet d'orientation.

7. DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE SOUTIEN PARTICULIERS

La disponibilité de services hospitaliers de soutien détermine, en grande partie, la catégorie à laquelle une unité d'urgence appartient. (Voir le tableau I, p. 15).

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE; CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT

8.1 Espace requis

L'unité d'urgence peut être subdivisée de la manière suivante:

- les aires d'activités principales ou aires de traitement,

- les espaces attribués aux services de soutien immédiat,

- les aires administratives (voir le tableau III).

Les principaux facteurs qui déterminent l'espace requis sont:

- le nombre de visites de malades,

- le temps d'utilisation (la durée des visites),

- la catégorie à laquelle l'unité appartient.

S'il est facile d'apprécier l'impact du nombre de visites sur l'espace requis, il est plus difficile de déterminer les catégories de malades qui utilisent les services le plus longtemps. On s'entend, en général, pour diviser les malades qui se présentent au service des urgences en trois catégories:

- les cas d'extrême urgence, c'est-à-dire les personnes dont la vie est en danger,

- les cas urgents, c'est-à-dire les malades dont le traitement ne peut attendre plus de quelques heures ou qui doivent, au moins, être traités le même jour,

- les cas non urgents, c'est-à dire les personnes qui ne requièrent pas de soins immédiats ou celles qui peuvent être traitées dans un cabinet de médecin.

Des études faites au Canada et aux États-Unis[1,2] ont confirmé que, dans la plupart des unités d'urgence, 5 p. 100 environ des malades sont des cas d'extrême urgence, 40 p. 100 environ, des cas urgents et plus de 50 p. 100 des cas non urgents. Comme beaucoup des cas non urgents et un nombre important d'urgences mineures pourraient être traités dans le cabinet d'un médecin, environ 70 p. 100 des personnes qui se présentent à une unité d'urgence n'ont pas besoin de soins immédiats. L'unité d'urgence qui reçoit surtout des cas urgents et très urgents, aura besoin de plus d'espace que les autres pour un nombre donné de visites.

Le nombre des visites à l'unité d'urgence fluctue beaucoup d'une journée à l'autre et d'une heure à l'autre. Pour déterminer les besoins de l'unité en matière d'espace, l'idéal serait de se fonder sur les périodes de pointe, compte tenu du degré d'urgence des problèmes. Toutefois, comme il est difficile de déterminer, sans faire une étude détaillée, les volumes maximaux de demande de services, l'espace nécessaire est généralement calculé en fonction du nombre moyen de visites.

---

1. Pütsep, E., Modern Hospital, International Planning Practices, London, Lloyd-Luke Ltd., 1979, p. 641.

2. Ghent, W.R., Dagnone, L.E., "A numerical method of evaluating and categorizing hospital emergency departments." C.M.A.J., Vol. 115, No. 2, 17 juillet 1976, p. 149.

Voici deux façons de calculer l'espace nécessaire à une unité d'urgence:

1) 0,09 mètre carré (1 pi. ca.) d'espace net pour six visites par année.

2) 1 000 mètres carrés (10 763,8 pi. ca.) d'espace brut pour 100 visites par jour. (Comme le facteur de conversion de l'espace net en espace brut qui comprend les corridors, les entrées, les vestibules, etc. est 1.55, ces deux méthodes donnent des résultats assez semblables.)

8.2 Répartition de l'espace

Les aires nécessaires aux différentes catégories d'unités sont indiquées au tableau III. Plus spécifiquement:

1. L'unité devrait être pourvue d'une aire de réception ou de triage où le malade serait vu immédiatement par une infirmière ou un médecin.

2. L'aire réservée aux entretiens peut servir à l'annonce des décès, aux entretiens du personnel avec les familles, aux entrevues menées par les psychiatres, les travailleurs sociaux et les conseillers religieux, etc.

3. L'espace nécessaire pour chacune des aires de l'unité d'urgence qui recevrait 100 malades par jour serait à peu près le suivant:

   aire de réanimation - 50 m^2 avec une capacité de deux malades,

   aire de traumatologie mineure - 50 m^2 avec une capacité de deux malades,

   aire de traitement majeur - 50 m^2 avec une capacité de quatre malades,

   aire de traitement mineur - 37 m^2 avec une capacité de quatre malades,

   salle d'obstétrique et de gynécologie - 11 m^2 avec une capacité d'une malade,

   salles d'entretien (4) - 30 m^2,

   salle de plâtre et d'orthopédie - 19 m^2 pour deux malades[1].

4. L'unité devrait posséder un lit d'observation pour 100 lits d'hospitalisation; il faut prévoir environ 1 m^2 par lit d'observation. D'autres

---

1 Mackenzie, J. R. et al, "A guideline for the organization of an Emergency Department in a University setting", Journal of the American College of Emergency Physicians, Vol. 5, 1976, pp. 364-76.

facteurs, par exemple, un nombre extraordinaire de visites à l'unité d'urgence ou l'admission des malades via l'unité d'urgence, peuvent modifier les besoins de l'unité.

5. Il faut prévoir les installations nécessaires pour l'isolement de certains malades, par exemple ceux qui souffrent de maladies contagieuses, qui sont bruyants ou dangereux.

6. Pour une liste complète des aires administratives et des annexes, veuillez consulter la brochure Méthodes d'évaluation d'aménagement de l'espace, Série 3. Département d'urgence, de Santé et Bien-être social Canada, novembre 1978.

8.3 Caractéristiques spéciales du plan d'aménagement[2]

Les caractéristiques suivantes sont surtout celles des services d'urgence complets et des services d'urgence majeurs. Il est toutefois souhaitable de les retrouver aussi dans les services d'urgence généraux et les services d'urgence de base.

- Les entrées des malades sur civière et des malades ambulatoires devraient être adjacentes mais séparées l'une de l'autre et pourvues de portes automatiques. Quant à l'entrée des ambulances, elle devrait accéder à une aire de réception fermée et chauffée, capable de loger plusieurs véhicules. On devrait aussi prévoir un endroit d'accès pour les voitures transportant des malades à l'urgence.

- Les corridors qui mènent aux aires de triage, de réanimation et de traitement devraient être larges et leurs portes devraient avoir une largeur de 5 pieds.

- Le personnel de l'unité d'urgence devrait pouvoir exercer une surveillance visuelle sur les aires de réception, de triage et d'attente.

- Le chemin utilisé par les ambulanciers ou les brancardiers ne devrait pas croiser celui des malades ambulatoires.

- La salle d'attente devrait être spacieuse, mais subdivisée de façon à permettre aux malades et à leur famille d'attendre par petits groupes. Si possible, deux salles d'attente séparées devraient être prévues: une pour les malades adultes, leur famille et leurs amis, l'autre pour les jeunes malades et leurs parents et amis.

- Lorsque le volume annuel des visites à l'unité d'urgence dépasse 40 000, il faudrait songer à traiter les cas non urgents et les urgences mineures (50 p. 100 ou plus du total) dans une aire adjacente de traitement ambulatoire.

- Les aires de réanimation et de traitement majeur devraient être situées à proximité de l'entrée et de l'aire de triage.

---

2 Voir aussi Design Considerations, Emergency Departments, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, septembre 1978.

- L'aire de traitement principale peut être subdivisée en chambrettes individuelles ou, préférablement, être munie de rideaux d'alcôve permettant d'isoler les malades les uns des autres. Cette dernière alternative permet une meilleure surveillance par les infirmières et les médecins.

- Le poste d'infirmières devrait avoir une vue sur les aires de réanimation et de traitement majeur.

- L'aire de traitement mineur, l'aire de traumatologie, la salle d'oto-rhino-laryngologie et la salle de gynécologie devraient être orientées de façon à protéger l'intimité des malades.

- Les aires de traitement devraient être munies de signaux d'appel et de systèmes d'intercommunications.

- Toutes les entrées doivent être munies de rampes d'accès.

- L'unité d'urgence devrait être située au premier étage.

- Au moment de la conception du plan de l'unité d'urgence, une attention particulière doit être accordée à la possibilité d'en accroître la superficie en cas de désastre.

9. APPAREILLAGE

Les listes d'appareils suivantes touchent les salles mentionnées à l'annexe III et par conséquent, elles concernent surtout les services d'urgence complets et les services d'urgence majeurs. Ces listes ne sont pas exhaustives; elles n'indiquent que l'appareillage absolument essentiel.

9.1 Salle de réanimation - Chaque poste de traitement devrait être pourvu de lits à inclinaison et à hauteur réglables, d'un défibrillateur à courant continu muni d'un appareil de surveillance électronique, ainsi que de matériel à intubation et à ventilation. Ils devraient, de plus, être équipés de respirateurs volumétriques à fréquence fixée, munis d'un avertisseur.

En outre, chaque poste de traitement devrait être équipé d'appareils de gaz médicaux et de succion, d'un sphygmomanomètre, d'un ophtalmoscope et d'un otoscope. Les postes devraient être munis de tringles au plafond servant à suspendre les solutions intraveineuses. La salle de réanimation devrait être équipée d'un tube à rayons X fixé au plafond et capable de desservir tous les lits. Un réfrigérateur approuvé par le service des transfusions sanguines devrait servir à l'entreposage du sang nécessaire aux transfusions d'urgence, des produits du sang et des médicaments. Un appareil à réchauffer le sang devrait être placé dans la salle de réanimation. Chaque unité de traitement de cette salle devrait être pourvue d'un scialytique de haute intensité.

9.2 Aire de traitement majeur - Chacun des postes de traitement de cette aire devrait posséder un lit à hauteur et à inclinaison réglables, des appareils de gaz médicaux et de succion, un sphygmomanomètre, un otoscope et un ophtalmoscope. Au plafond, il devrait y avoir des tringles pour suspendre

les solutions intraveineuses. Quelques-uns des postes, sinon tous, devraient être pourvus d'un appareil de surveillance électronique capable de produire des tracés.

9.3 Aire de traitement mineur - Ces pièces ou aires de traitement devraient posséder le même appareillage que l'aire de traitement majeur, sauf peut-être un appareil de surveillance électrocardiographique, qui n'est pas nécessaire. Il doit y avoir un défibrillateur sur place.

9.4 Salle d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie - Cette salle devrait contenir un fauteuil d'examen oto-rhino-laryngologique, un tabouret pour l'examinateur, des appareils d'oxygène et de succion fixés au mur, un ophtalmoscope fixé au mur, un otoscope et une lampe à fente.

9.5 Salle d'examen gynécologique - Cette salle devrait contenir une table d'examen avec étriers, des appareils de gaz médicaux et de succion, un ophtalmoscope fixé au mur, un otoscope et un sphygmomanomètre, des tringles fixées au plafond pour les solutions intraveineuses et une lampe d'examen.

9.6 Salle de traumatologie mineure - Cette salle devrait être pourvue des installations nécessaires au brossage chirurgical des mains. Chaque poste de traitement devrait être pourvu d'une table d'opération munie d'un scialytique fixé au plafond, d'appareils de gaz médicaux et de succion, d'un sphygmomanomètre, d'un ophtalmoscope et d'un otoscope.

9.7 Salle de traumatologie majeure - Cette salle doit contenir tout l'appareillage mentionné au paragraphe 9.1, en plus d'un appareil de surveillance électronique à canaux multiples, d'une machine à anesthésie munie d'un appareil de ventilation, d'un scialytique fixé au plafond et d'un galvanocautère.

9.8 L'unité d'urgence doit disposer de matériel pour le maintien des fonctions vitales des malades transportés à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital et à l'usage des équipes médicales sur les lieux d'un accident ou d'une catastrophe.

10. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

- L'entrée de l'unité d'urgence devrait être clairement indiquée et suffisamment éloignée de l'entrée principale de l'hôpital et du terrain de stationnement pour assurer une circulation rapide.

- Le service d'admission de l'hôpital devrait se trouver à proximité de l'unité d'urgence.

- Il faut songer à rendre faciles et rapides les déplacements entre l'unité d'urgence et ses départements et services de soutien tels que le service de radiologie, le bloc opératoire, les laboratoires, l'unité de soins cardiaques, l'unité de soins intensifs et l'unité de traumatologie.

- Pour que le transfert des malades d'un endroit à un autre prenne le moins de temps possible, il faut accorder une attention particulière à la planification et à l'utilisation des ascenseurs. Ils doivent être en nombre suffisant et l'un d'eux doit être muni d'un système de retour automatique à l'étage de l'unité d'urgence. (Le personnel de l'unité d'urgence devrait pouvoir contrôler le mouvement des ascenseurs et disposer des clés de contrôle.)

- Le système des signaux de direction à l'intérieur des hôpitaux doit être facile à comprendre.

TABLEAU I

RESSOURCES HOSPITALIÈRES NÉCESSAIRES À CHAQUE CATÉGORIE D'UNITÉ

Légende: E - Essentiel
S - Souhaitable
s.o. - sans objet

Départements et services de soutien	Catégories			
	Complète	Majeure	Générale	Base
1) Spécialités disponibles à l'hôpital 24 heures sur 24:				
Anesthésie	E	E	-	-
Chirurgie générale	E	E	-	-
Médecine interne	E	E	-	-
Neurochirurgie	E	S	-	-
2) Spécialités disponibles rapidement à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital:				
Anesthésie	s.o.	s.o.	E	S
Biochimie médicale	E	-	-	-
Cardiologie	E	E	S	-
Chirurgie bucco-dentaire et maxillaire	S	S	-	-
Chirurgie cardio-vasculaire et thoracique	E	S		-
Chirurgie générale	s.o.	s.o.	E	S
Chirurgie générale pédiatrique	S	S	-	-
Chirurgie plastique	E	E	S	-

	Catégories			
	Complète	Majeure	Générale	Base
Départements et services de soutien (suite)				
Gastro-entérologie	E	S	-	-
Hématologie	S	S	-	-
Médecine interne	s.o.	s.o.	E	S
Médecine nucléaire	S	-	-	-
Microbiologie médicale	E	S	-	-
Microchirurgie	S	S	-	-
Néphrologie	S	S	-	-
Neurologie	E	E	-	-
Obstétrique et gynécologie	E	E	S	-
Ophtalmologie	E	E	S	-
Orthopédie	E	E	S	-
Oto-rhino-laryngologie	E	E	S	-
Pédiatrie	S	S	S	-
Pédocardiologie	S	S	-	
Psychiatrie	E	E	S	-
Pneumologie	E	E	-	-
Radiologie	E	E	S	-
Urologie	E	E	S	-

	Catégories			
Départements et services de soutien (suite)	Complète	Majeure	Générale	Base
3) Installations, ressources et compétences spéciales:				
Bloc opératoire: besoins particuliers:				
Appareil de radiographie	E	E	E	E
Microscope opératoire	E	S	-	-
Pompe à circulation extra-corporelle (coeur-poumon)	E	-	-	-
Salle d'opération disponible 24 heures sur 24, avec personnel compétent	E	E	S	-
Surveillance électronique (ECG)	E	E	E	E
Capacité d'insertion de stimulateurs électriques intracorporels (pacemakers)	E	E	E	-
Endoscopie	E	E	-	-
Équipe de cardiostimulation	E	E	E	-
Équipe de réanimation	E	E	E	E
Inhalothérapie	E	E	-	-
Réanimation néo-natale	E	E	E	E
Salle de réveil	E	E	E	-
Service de traumatologie	E	S	-	-
Soins intensifs/USC	E	E	E	-
Sous-spécialités radiologiques:				
- Angiographie	E	E	-	-
- Scintigraphie	E	S	-	-

	Catégories			
	Complète	Majeure	Générale	Base
Départements et services de soutien (suite)				
- Tomodensitométrie	E	S	-	-
- Ultrasonographie	E	E	S	-
4) Installations, ressources ou compétences spéciales utilisées par certains malades au besoin:				
Caisson hyperbare				
Cardiologie pédiatrique				
Greffes				
Hémodialyse	Toutes les unités doivent savoir où diriger leurs malades			
Installation pour malades troublés				
Installations pour retenue maximale				
Microchirurgie				
Plasmaphérèse				
Traitement des lésions de la moelle épinière				
Unité de soins néo-natals				
Unité de soins aux brûlés				
5) Laboratoire clinique (disponible rapidement 24 heures sur 24)				
Analyses de routine: sang, urine et autres fluides corporels	E	E	E	E
Banque de sang complète ou accès à une banque de sang communautaire	E	E	-	-
Études de coagulation	E	E	E	S
Gaz sanguins	E	E	E	S

Départements et services de soutien (suite)	Catégories			
	Complète	Majeure	Générale	Base
Hémotypologie, croisements sanguins et capacité d'entreposage local	E	E	E	E
Microbiologie	E	E	E	S
Toxicologie	E	E	E	S

TABLEAU II

PERSONNEL NÉCESSAIRE ET FORMATION EXIGÉE

Légende: E - Essentiel
S - Souhaitable
s.o. - sans objet

		Catégories			
Personnel médical		Complète	Majeure	Générale	Base
1)	Directeur:				
	Rétribution du poste prévue au budget	E	E	S	-
	Certificat en médecine d'urgence*	E	E	S	S
	Bureau sur les lieux mêmes	E	E	S	-
	Temps consacré à la direction	100%	100%	25-75%	jusqu'à 25%
	Formation:				
	- 6 mois ou plus en médecine d'urgence	s.o.	s.o.	E	E
	- expérience en médecine d'urgence	s.o.	s.o.	E	E
2)	Formation et qualifications requises:				
	Techniques de base en assistance cardio-respiratoire à l'unité d'urgence	E	E	E	E
	Technique avancée en assistance cardio-respiratoire à l'unité d'urgence	E	E	S	S
	Technique avancée en assistance cardio-respiratoire à l'hôpital	s.o.	s.o.	E	E

* Reconnaissance du Collège des médecins de famille du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de l'American Board of Emergency Medicine.

	Catégories			
Personnel médical (suite)	Complète	Majeure	Générale	Base
Technique avancée de maintien des fonctions vitales des grands blessés à l'unité d'urgence*	S	S	S	S
Certificat en médecine d'urgence à l'unité**	E	E-S	S	-
6 mois ou plus en médecine d'urgence	s.o.	E	E	E
Expérience en médecine d'urgence	s.o.	E	E	E
Preuve de formation continue en médecine d'urgence	E	E	E	E
Formation et qualifications requises: Personnel infirmier				
1) Surveillante de l'unité:				
Maîtrise en soins infirmiers	S	S	-	-
Diplôme d'infirmier(ère) + Baccalauréat + expérience	S	S	S	S
Diplôme d'infirmier(ère) + cours de courte durée + expérience	E	E	E	E
Technique avancée en assistance cardio-respiratoire	E	E	E	E
2) Personnel infirmier de l'unité: Diplôme d'infirmier(ère) + baccalauréat + expérience	S	S	S	S
Diplôme d'infirmier(ère) + cours de courte durée + expérience	E	E	S	S

* Lorsque disponible, doit être considérée comme essentielle pour les services complets et majeurs.

** Reconnaissance du Collège des médecins de famille du Canada, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de l'American Board of Emergency Medicine.

		Catégories			
		Complète	Majeure	Générale	Base
Formation et qualifications requises: Personnel infirmier (suite)					
	Diplôme d'infirmier(ère) + expérience en soins infirmiers médicaux et chirurgicaux généraux	s.o.	s.o.	S	S
	Technique avancée en assistance cardio-respiratoire	E	E	E	E
3)	Autre personnel				
	Technique de base en assistance cardio-respiratoire	E	E	E	E

TABLEAU III

AIRES COMPRISES DANS LES UNITÉS D'URGENCE

Légenge: E - Essentiel
S - Souhaitable
s.o. - sans objet

	Catégorie			
	Complète	Majeure	Générale	Base
Aires d'activités principales				
- Réanimation	E	E	S	-
- Traumatologie mineure	E	E	S	-
- Traitement majeur	E	E	E	E
- Traitement mineur	E	E	S	-
- Ophtalmologie et oto-rhino-laryngologie	E	E	-	-
- Obstétrique et gynécologie	E	E	-	-
- Entretiens	E	E	-	-
- Observation	E	E	S	-
- Plâtre et orthopédie	E	E	-	-
- Isolement	E	E	S	-
Aires de soutien				
Triage	E	E	E	-
Renseignements	E	E	E	-
Salles d'attente	E	E	E	-
Poste d'infirmières	E	E	S	-
Toilettes	E	E	S	-
Petit laboratoire pour tests d'urgence	S	S	S	-

	Catégorie			
	Complète	Majeure	Générale	Base
Aires administratives				
Bureau du directeur	E	E	S	-
Bureau des médecins du service d'urgence	E	E	S	-
Bureau de la surveillante	E	E	S	-
Salle de conférences	E	E	-	-

ANNEXE I

RÉSEAU DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Pour que la population puisse tirer avantage des techniques et des connaissances de la médecine d'urgence moderne, les unités d'urgence des hôpitaux doivent fonctionner en tant qu'éléments d'un réseau plus vaste où les ressources en matière de soins d'urgence précédant l'hospitalisation et celles des services hospitaliers de soins intensifs, sont coordonnées sur une base géographique.

Premier groupe - les soins d'urgence précédant l'hospitalisation

Les composantes de ce groupe sont:

- l'éveil du public (industries, organismes bénévoles, etc.) et sa connaissance des premiers soins et de la technique de base de maintien des fonctions vitales.
- la réanimation cardio-pulmonaire,
- un réseau organisé de soins d'urgence et de transport (c'est-à-dire des services d'ambulance) (y compris la technique avancée de maintien des fonctions vitales, lorsque c'est possible).
- des services spécialisés dans le sauvetage des personnes prisonnières de véhicules ou ensevelies sous des décombres, (par exemple, le service des incendies).

Deuxième groupe - les soins d'urgence en milieu hospitalier

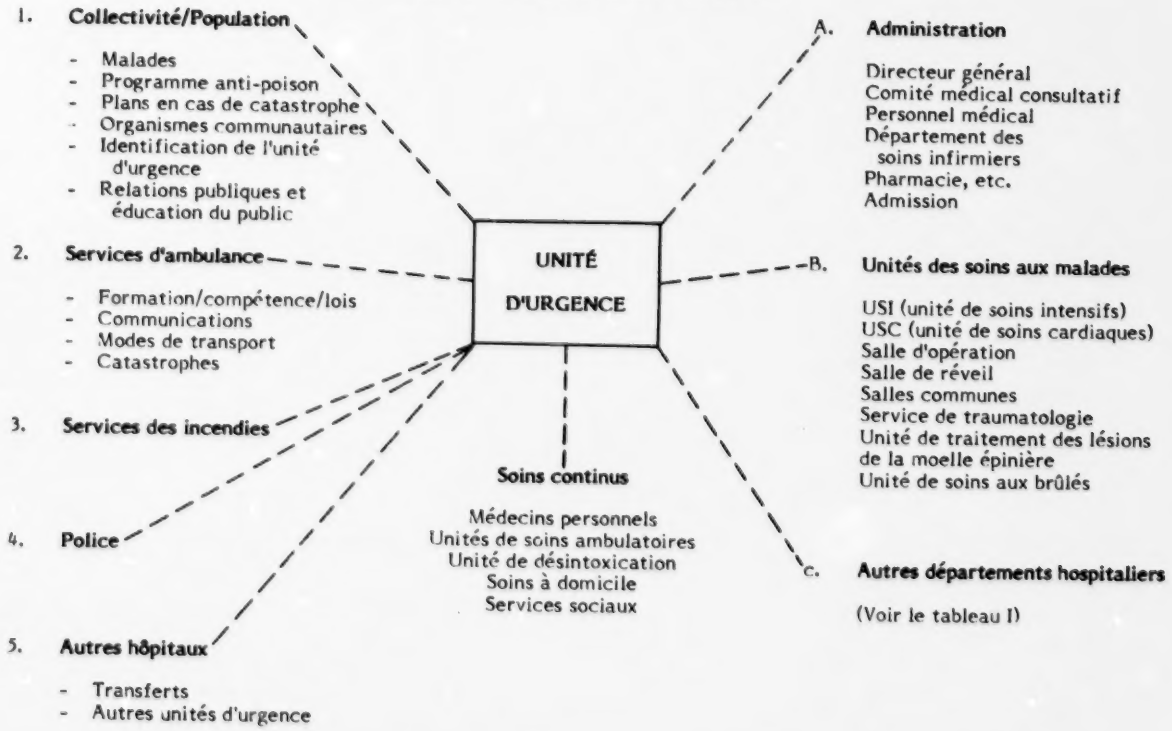
Les composantes de ce groupe sont:

- les unités d'urgence des hôpitaux d'un secteur géographique donné où les cas doivent être acheminés.
- les départements et services de soutien des hôpitaux.
- des services spéciaux de soins critiques en milieu hospitalier tels que:
  - unité de traumatologie et de soins aux malades en état critique
  - USI/USC (unité de soins intensifs/unité de soins cardiaques)
  - unité de soins aux brûlés
  - unité de traitement des lésions de la moelle épinière.

Les rapports entre ces composantes sont illustrés à l'annexe II.

Rapports de l'unité d'urgence avec les organismes extérieurs et les ressources hospitalières

RÉSEAU DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE



Sujets devant faire l'objet de politiques, de procédures ou de protocoles écrits à l'intention des unités d'urgence des hôpitaux.	POLITIQUES	PROTOCOLES et COUTUMES	PROCÉDURES
1. Soins aux malades et limitations			
- catégories de malades qui doivent être traités à l'urgence et/ou admis à l'hôpital, ceux qui doivent être dirigés vers d'autres établissements ou aiguillés vers d'autres services de l'hôpital	X		
- les séquences des activités de traitement des malades à l'unité d'urgence			X
- les critères d'admission à l'urgence et la durée maximum de l'attente dans les salles d'attente ou d'examen de l'unité d'urgence	X		
- les interventions qui peuvent être faites dans l'unité d'urgence	X		
- la délimitation des privilèges en vue de ces interventions	X		
- les arrêts cardiaques et le maintien des fonctions vitales			X
- le soin des malades psychiatriques	X		
- la sécurité des malades psychiatriques, des autres malades et du personnel			X
- le traitement des empoisonnements			
- le traitement des blessures ou maladies risquant d'être fatales			
- l'isolement des malades	X		X
- les soins à certains autres types de malades par les infirmières et les initiatives qu'elles doivent prendre vis-à-vis certains problèmes avant l'arrivée du médecin			X

Sujets devant faire l'objet de politiques, de procédures ou de protocoles écrits à l'intention des unités d'urgence des hôpitaux	POLITIQUES	PROTOCOLES et/ou Consignes	PROCÉDURES
- la politique et les procédures dans le cas des malades décédés à l'arrivée ou pendant leur séjour à l'unité d'urgence	X		X
- l'entrée en contact avec le plus proche parent du malade			X
2. **Transfert des malades**			
- la stabilisation de l'état des malades, leur préparation en vue de leur transfert et les personnes responsables des malades durant le transfert	X		X
- l'obligation de transférer un malade lorsque l'hôpital où il se trouve ne peut lui prodiguer les soins spéciaux que son état nécessite	X		
- le choix d'un véhicule, du personnel qui accompagnera le malade, de l'appareillage, des fournitures et du système de communication utilisé en cours de transport			X
- le transfert d'un malade à sa demande et contre l'avis du médecin traitant	X		
- l'entrée en contact, avant le transfert, avec le médecin et l'hôpital qui recevront le malade	X		
- les dossiers médicaux et les documents qui accompagnent le malade	X		
- les ententes relatives au transfert, les ordonnances de routine en vue de l'évaluation et de la prise en charge des malades et le transfert des responsabilités entre les hôpitaux vers lesquels des malades sont régulièrement acheminés	X		X

Sujets devant faire l'objet de politiques, de procédures ou de protocoles écrits à l'intention des unités d'urgence des hôpitaux	POLITIQUES	PROTOCOLES	PROCÉDURES
- les renseignements à communiquer au personnel de l'ambulance et de l'hôpital où le malade doit être transféré au sujet de toute maladie transmissible dont celui-ci pourrait souffrir	X		
- le transfert en ambulance par mauvais temps, qui ne doit être effectué que si le conducteur du véhicule estime que l'opération peut se dérouler sans danger	X		
3. Soins médicaux et responsabilités			
- les médecins qui peuvent ou qui doivent se charger des malades	X		
- le choix du médecin responsable de la coordination globale des soins	X		
- les malades doivent être examinés par un médecin avant de quitter l'unité d'urgence	X		
- l'entrée en contact avec le médecin qui traite habituellement le malade	X		
- le suivi des malades		X	
- le délai maximum accordé au médecin traitant du malade pour répondre à l'appel et pour arriver à l'hôpital, et la clause d'exception pour les cas urgents	X		
- les examens essentiels		X	
- les examens stat		X	
- la liste des médecins consultants en disponibilité à l'unité d'urgence	X		
- les médecins désireux d'être exemptés du service d'urgence là où il existe une rotation du personnel médical à l'urgence.		X	

Sujets devant faire l'objet de politiques, de procédures ou de protocoles écrits à l'intention des unités d'urgence des hôpitaux	POLITIQUES	PROTOCOLES et COUTUMES	PROCÉDURES
4. Soins infirmiers et responsabilités			
- le personnel infirmier de l'unité d'urgence doit faire partie du département des soins infirmiers; sinon, une une collaboration étroite doit exister entre le département des soins infirmiers et le personnel de l'unité d'urgence	X		
- l'infirmière-chef de l'unité d'urgence ou sa représentante doit faire partie de tous les comités dont les décisions ont des conséquences directes sur les soins infirmiers à l'unité	X		
- une représentante du personnel infirmier de l'unité d'urgence doit faire partie des comités du département des soins infirmiers qui touchent l'unité d'urgence	X		
- dans les cas où un médecin ne peut s'occuper sur le champ d'un malade, la délégation des responsabilités au personnel infirmier, pour que celui-ci puisse procéder à certaines interventions préalablement approuvées par le comité hospitalier compétent et par les autorités provinciales			X
- les circonstances dans lesquelles les infirmières peuvent accepter des ordonnances données verbalement par les médecins; (il faut s'assurer que ces ordonnances seront inscrites au dossier médical et signées subséquemment par le médecin)	X		
- le personnel infirmier minimal requis en tout temps à l'unité d'urgence	X		

Sujets devant faire l'objet de politiques, de procédures ou de protocoles écrits à l'intention des unités d'urgence des hôpitaux	POLITIQUES	PROTOCOLES et/ou LIGNES	PROCÉDURES
5. Organisation de l'unité			
- la structure d'organisation et d'autorité et les communications entre le personnel de l'unité d'urgence, l'administration hospitalière, le personnel médical et le personnel infirmier	X		
- les fonctions des membres du personnel de l'unité d'urgence et les actes qu'ils sont autorisés à accomplir, comme pour tous les autres membres du personnel de l'hôpital	X		
- le triage et l'organisation des soins aux malades			X
- les descriptions des tâches (tous les postes)	X		
6. Questions d'ordre juridique			
- le traitement des cas ayant des aspects juridiques: par exemple, consentement au traitement, protocoles en cas de viol, mauvais traitement des enfants, cas relevant de la police, cas relevant du coroner, refus de traitement de la part des malades, relations avec la presse et cas où l'hôpital doit prévenir un tiers	X		X
7. Dossiers et rapports			
- la confidentialité du dossier des malades	X		
- les critères minimaux pour les dossiers cliniques de l'unité d'urgence	X		
- les instructions à remettre aux malades au moment du départ (utilisation de formules préimprimées, s'il y a lieu)			X

Sujets devant faire l'objet de politiques, de procédures ou de protocoles écrits à l'intention des unités d'urgence des hôpitaux	POLITIQUES	PROTOCOLES	PROCÉDURES
8. Évaluation des soins			
- l'évaluation de la qualité des soins aux malades qui doit inclure des études sur la mortalité et la morbidité. Ces évaluations doivent être faites régulièrement par le personnel médical et le personnel infirmier compétents. Le rapport et les recommandations doivent être présentés au personnel responsable de l'unité.	X		X
9. Autres questions			
- les relations publiques et l'éducation de la population	X		X
- l'aiguillage des cas aux services sociaux ou aux organismes communautaires	X		X
- les alertes pour les périodes de pointe ou les problèmes de sécurité			X
- les catastrophes à l'hôpital ou à l'extérieur et le rappel du personnel à l'unité ou à l'hôpital	X		X
- l'entretien du matériel	X		X
- l'agencement des visites de rappel à l'urgence ou à d'autres unités de l'hôpital			X
- la garde des effets personnels des malades			X
- la liste des conseillers, des membres du clergé, des interprètes et des autres ressources hospitalières ou communautaires, avec les numéros de téléphone			X
- l'application des politiques hospitalières			X

ANNEXE IV

GUIDE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES

À L'USAGE DES

SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les politiques et les procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux ont été formulées à la suite d'une revue des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet.

Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces unités.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

A. Rôle et objectifs de l'unité dans l'hôpital

B. Catégories de malades soignés

- Selon le diagnostic ou l'état du malade;

- Restrictions dans le service au malade s'il y a lieu (ex.: malades en phase terminale).

C. Services offerts

II. ORGANISATION DE L'UNITÉ DE SOINS

A. Responsabilité du Conseil d'administration

B. Relations entre l'unité, le directeur général et le personnel médical

C. Gestion de l'unité

(i) Responsabilités du personnel

- Directeur médical
- Médecins
- Infirmières
- Autres membres du personnel

(ii) Comité

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)
- Mandat à définir
- Prévisions en vue de la disponibilité de consultants (médecins et autres membres du personnel médical)
- Calendrier des réunions régulières et spéciales.

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Responsabilité de l'admission des malades:
   - directeur médical,
   - médecins, résidents,
   - infirmière-surveillante de l'unité
2. Critères d'admission - Priorités selon:
   - le diagnostic
   - l'état de santé du malade
3. Ordonnances de routine à l'admission
4. Ordonnances de routine dans les cas d'admission d'urgence
5. Durée du séjour selon le diagnostic
6. Méthode de transfert des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
7. Méthode de congé des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
8. Degré de formation exigé du personnel
9. Projets d'éducation permanente pour le personnel
10. Établissement et tenue à jour des dossiers des malades
11. Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence
12. Entretien et sûreté de l'appareillage
13. Évaluation continue du rendement de l'unité.

IV. TECHNIQUES

1. Techniques de soins électives (médicales, infirmières et autres)
2. Techniques et procédures en cas d'alerte
3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
4. Règlements régissant les visites aux malades.

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT CERTAINS SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis par le Groupe de travail fédéral-provincial sur les services spéciaux dans les hôpitaux, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Groupe de travail.

Alimentation parentérale totale
Hôtellerie pour malades
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
- Soins cardiaques intermédiaires
- Cardiostimulation (stimulation cardiaque)
- Cathétérisme cardiaque
- Chirurgie cardiaque
- Écho-cardiographie
- Exploration fonctionnelle cardio-vasculaire par l'épreuve d'effort
- Laboratoire de diagnostic des troubles vasculaires (techniques non agressives)
- Médecine nucléaire cardio-vasculaire
- Surveillance électrocardiographique des malades ambulatoires
- Phonocardiographie
- Soins cardiaques

Programme régional de traitement de l'insuffisance rénale
Unité de chirurgie de jour
Unité de désintoxication
Unité d'échodiagnostic dans les hôpitaux
Unité de médecine physique et de réadaptation
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unité de tomographie par ordinateur
Unité de traitement des toxicomanies en milieu hospitalier
Unité d'inhalothérapie
Unités de gériatrie - hôpitaux de jour pour personnes âgées
Unité de soins intensifs périnataux
Unité de traitement des lésions de la moelle épinière
Services d'urgence au Canada
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux